

導入期のタイ社会保険

—— 1990年の社会保障法(90年法)を中心として ——

菅 谷 広 宣

もくじ

- I. 問題の所在
- II. 社会保険導入の背景
- III. 90年法による社会保険制度の仕組み
- IV. 90年法による社会保険制度の問題点
- V. むすびにかえて

I. 問題の所在

発展途上国のなかには、近年急速な経済成長で世界の注目を集めている国々がある。新興工業経済地域(Newly Industrializing Economies; いわゆる NIES)を追随せんとしているタイ・マレーシア・インドネシアなどの東南アジア諸国は、その好例である。そうした国々では、産業構造の変化・労働者⁽¹⁾の増大・都市化の進行といった経済・社会情勢の変化が目に見えて進んできているのに加え、高齢化社会の到来も早晚避けられないという認識が出てきている。

このような事態に対応するため、社会保険の導入や拡充ということが、発展途上国においても今日一つの課題となってきたものの、これは日本を含む

先進諸国が無関心でいられる問題でもない。なぜならば、そうした発展途上国へ進出している現地企業の労務管理との関わりがまずある。また、労働力の国際移動に対応した社会保険の国際間調整が今後の重要課題として挙げられるが、発展途上国における社会保険の実体を把握しておくことは、将来的にはこの点でもある程度の意義をもつようになるであろう。

社会保険の研究は、これまで先進国の枠組みのなかで行なわれてきたが、こうした観点からすれば、今後は発展途上国の研究も進めていく必要があると考えられる。その際、地域性を考慮すれば、日本にとっては東南アジア諸国の研究が特に重要となろう。本稿は、こうした問題意識の下に、東南アジア諸国のなかでも現在まさに導入期にあるタイの社会保険を取り上げ、これを分析したものである。

これまでタイでは、公務員や軍人に対しては全額国庫負担によって医療費や年金が支給され、国営企業の労働者もこれに類する処遇を受けてきたのであるが、民間の労働者には1974年1月から実施された労災補償基金（原語名 Thun Ngoen Thotthaen；以下、労災保険と称す）が存在するのみであった。近年は大企業を中心として、業務外の傷病に対しても企業内福祉として医療費を支給（または社内や工場内に診療所を設置）したり、あるいはプロビデント・ファンド⁽²⁾を設けるなどしているところもあるが、そうした恩恵にあずかれるのは、民間ではほんの一握りの労働者にすぎないというのが実情であった。

こうした状況下で、1990年7月に社会保障法*（以下、90年法と略称）が成立し、同年9月にこれが施行されたことは、まさに画期的なことであった。同法は民間の賃金労働者を強制被保険者とし、農民をはじめとする自営業者等を任意被保険者とする総合的な社会保険制度を規定しているのである。当面この制度によってカバーされるのは、業務外での傷病・出産・障害・死亡といった4種類の給付であり、医療保険部門が中心となっているが、1996年9月までには家族給付と老齢給付、その後最終的には失業給付までカバーされることに

なっている。

ところで、およそ20年の歴史をもつ労災保険を別とすれば、タイの社会保険は90年法によってようやく誕生した段階であるが、そのための議論が開始されたのは実は最近のことではなく、意外にも1932年の立憲革命時にまでさかのぼることができる。筆者は、このように半世紀を越えるタイ社会保険の形成過程に関し、すでに小論³⁾を発表しているのだが、社会保険の生成に影響を及ぼした経済・社会情勢の変化については、十分な議論を尽くしたとはいえない面があった。そこで、本稿では、まず次節においてそうした諸情勢の変化を様々な統計で示し、考察を加えることとした。その上で、90年法によって実際に創設された社会保険制度の現状と問題点を、それぞれ第Ⅲ・第Ⅳ節で明らかにしていく。ただし、そうした制度の分析においては、労災保険を除外し、90年法による社会保険のみを分析の対象とした。また、国家により様々な補償を受けてきた公務員などは90年法の適用からは除外されているし、その保障のやり方も無拠出制であるので、彼らも考察対象としないことを予め申し述べておく。

* 原語の正式名称は、*Phraraat Banyai Prakan Sangkhom Phutthasakkarat 2533* [仏暦2533年の社会保障法]。一般に流布している訳語との混乱を避けるため、あえて「社会保障法」と訳しておくが、その内容は社会保険に限定されている。これは、後述の社会保障事務局（原語名：Samnakngaan Prakan Sangkhom）や社会保障委員会（原語名：Khanakammakaan Prakan Sangkhom）といった所轄機関についても同様である。なお、この点に関する詳細は、注(3)に挙げた文献（拙稿による）の147頁を参照されたい。

Ⅱ. 社会保険導入の背景

1. 経済的背景

(1) 経済成長と産業構造の変化

タイ経済は1960年代・70年代を通じ、景気変動を繰り返しながら年10%前後の実質GDP成長率（以下、本文中の成長率は、すべて1972年価格の実質GDPをベースとしている）を幾度となく記録し、この間の年平均成長率でも実質

7%台を達成した。1979年以後は、第2次石油危機とその後の1次産品価格の低迷などの影響から成長は落ち込むこととなったが、80年代中盤からは輸出の高成長に支えられて景気は回復した。実質GDP成長率は、85年の3.5%を底に86年の4.9%と若干戻した後、87年の9.7%、88年の13.3%と急速に跳ね上がった。その後は、89年の12.0%、90年の10.0%と過熱ぎみの景気にややブレーキがかかったが、それでも3年連続して2桁成長という未曾有の活況を呈することとなった。1991年以後は、先進国経済の停滞という状況のなかで、同年初頭の湾岸戦争や国内的には翌92年5月の政変などの影響もあって、成長率は91年の8.2%、92年の7.5%と減速しているが、93年には民間投資の回復や堅調な消費に支えられ、再び上昇に転ずると予測されている⁽⁴⁾。

このような経済成長によって、実質GDP(1972年価格)は、1960年の701億2900万パーツから、1970年の1556億9400万パーツ、1980年の2994億7200万パーツへと10年で2倍前後という拡大を続け、1990年には6316億1000万パーツに達した。また、1人当たり実質GNP(1972年価格)も、1960年の2587パーツから1990年の1万1128パーツへと30年間で4.3倍になった。なお、1990年のGDPおよび1人当たりGNPは、名目額でそれぞれ2兆512億800万パーツ、3万6032パーツ、米ドル換算では801億7229万ドル、1408ドルとなっている⁽⁵⁾。

ところで、こうした経済の拡大は、いうまでもなく工業化によって先導されてきた。その結果、GDPに占める農林水産業(中心は農業であり、以下農業部門と称す)の割合は1960年の39.8%から、1970年の27.0%、1980年の20.6%と低下し、1990年には14.4%にまで落ち込んでいる。しかし、こうした農業部門も、生産額では決して縮小しているわけではなく、実質額でも1960年の279億2000万パーツから1990年の907億1100万パーツ(ともに1972年価格)へと、30年間で3倍以上に拡大している。ただ、非農業部門の生産は軒並み農業部門をかなり上回るペースで増大しており、とくに製造業では1960年の87億9400万パーツから1990年の1560億4300万パーツ(ともに1972年価格)へと、同じ30年

間に実質で17倍以上にも伸びているのである。このように目覚ましい成長を遂げている製造業の生産額は、1979年には農業部門を抜いてトップとなったが、1990年における主要産業のGDPに占める割合は、上位から製造業の24.7%、商業の17.6%、農業部門の14.4%、サービス業の12.3%となっている⁽⁶⁾。

無論、このような産業構造の変化は、産業別就業人口にもはっきりと現われている。1960年に全産業の82.3%を占めていた農業部門の就業人口割合は、1990年には61.6%にまで低下しているのである。ただし、この場合も農業部門に従事する者の数が減少しているわけではなく、1960年の1133万4382人から1990年の1743万6000人へとむしろ増加を示している。それにもかかわらず、農業部門の就業人口割合が低下しているのは、1960年の1383万6984人から1990年の3062万人へと増加した労働力人口のより多くが、非農業部門に吸収されているためである（この間に総人口は2625万7916人から5634万人へと増加）。その結果、最も成長の著しい製造業の就業人口割合が、1960年の3.4%から1990年の10.2%へと上昇したほか、労働集約的な商業、サービス業の就業人口割合も、それぞれ1960年の5.7%、4.8%から1990年の11.1%、10.9%へと増加しているのである⁽⁷⁾。

(2) 労働者の増大と労使関係

すでにみた経済成長や産業構造の変化は、結果として労働者（賃金労働者）の増大につながっている。すなわち、自営業者や無給家族就労者の割合が高い農業部門よりも、労働者の割合が高い非農業部門へと労働力が流れることが、全体として労働者の割合を押し上げることになっているのである。このことは、第Ⅱ-1表によって確認できる。ただし、同表は労働者の増大が産業構造の変化によってのみ引き起こされているのではない、ということをも同時に示している。すなわち、それぞれの割合が大きく異なるとはいえ、農業部門においても、非農業部門においても、無給家族就労者の割合の減少、労働者の割合の増加という変化が共通にみて取れるからである⁽⁸⁾。しかしながら、タイの労働者

第Ⅱ—1表 従業上の

		1960年		1970年	
		人 数	構成比	人 数	構成比
総 人 口		26,257,916	—	34,397,374	—
勞 働 力 人 口		13,836,984	—	16,850,136	—
全 産 業 合 計	自営業者	4,084,522	29.66	4,935,205	29.64
	無給家族就労者	7,982,836	57.96	8,934,983	53.66
	使用者 (民間)	43,600	0.32	60,758	0.36
	労働者 (〃)	1,143,234	8.30	1,819,886	10.93
	公務員等	489,452	3.55	777,984	4.67
	不明	28,190	0.20	123,451	0.74
	合 計	13,771,834	100.00	16,652,267	100.00
農 業 部 門 (農林水産業・狩猟業)	自営業者	3,435,981	30.31	4,087,995	30.97
	無給家族就労者	7,526,087	66.40	8,507,078	64.44
	使用者 (民間)	19,356	0.17	19,564	0.15
	労働者 (〃)	350,020	3.09	535,401	4.06
	公務員等	2,833	0.02	5,276	0.04
	不明	105	0.00	46,587	0.35
	合 計	11,334,382	100.00	13,201,901	100.00
非 農 業 部 門	自営業者	648,811	26.62	847,210	24.55
	無給家族就労者	456,749	18.74	427,905	12.40
	使用者 (民間)	24,244	1.00	41,194	1.19
	労働者 (〃)	793,214	32.54	1,284,485	37.23
	公務員等	486,619	19.96	772,708	22.39
	不明	28,085	1.15	76,864	2.23
	合 計	2,437,722	100.00	3,450,366	100.00

出所：National Statistical Office, *Population Census (Whole Kingdom)*, Bangkok, 1960Ed., p. 27, pp.

—, *Population and Housing Census (Whole Kingdom)*, Bangkok,

Department of Labour, Ministry of Interior, *Year Book of Labour Statistics*, Bangkok, 1989Ed.,

注(1) 農業部門の就業人口が多いタイでは、季節によって就業構造に若干の差異がある。本表の数
時点の国勢調査の結果、1990年および1991年は内務省労働局の推計に基づいている。

(2) 1980年までは、就業経験のある失業者も過去の就業形態によって分類され、数値に含まれて

(3) 1980年においては、就業人口が労働力人口を上回っているが、その理由は不明。

(4) タイでは、1988年までは11歳以上が労働力人口に数えられていたが、1989年以降はそれが13

(5) 1990年および1991年については、出所に分類不能への記載がない (本表…の部分)。

(6) 公務員等には国营企業の労働者も含まれるが、国营企業の労働者は、1989年に257,326人

(7) 構成比の部分は小数点第3位を四捨五入しているので、合計が100にならない場合がある。

地位別人口の推移

(構成比: %)

1980年		1990年		1991年	
人 数	構成比	人 数	構成比	人 数	構成比
44,824,540	—	56,340,000	—	56,923,000	—
21,790,924	—	30,620,000	—	32,235,000	—
7,053,083	30.48	8,981,000	31.71	9,011,000	30.17
11,320,602	48.92	10,109,000	35.69	10,669,000	35.72
39,075	0.17	399,000	1.41	483,000	1.62
3,100,555	13.40	6,892,000	24.33	7,859,000	26.31
1,592,087	6.88	1,942,000	6.86	1,844,000	6.17
35,035	0.15	...	...	...	...
23,140,437	100.00	28,323,000	100.00	29,866,000	100.00
5,500,127	33.05	6,357,000	36.46	6,333,000	35.19
10,497,103	63.07	8,631,000	49.50	9,107,000	50.60
9,291	0.06	127,000	0.73	157,000	0.87
613,654	3.69	2,291,000	13.14	2,359,000	13.11
15,148	0.09	30,000	0.17	41,000	0.23
7,370	0.04	...	...	...	...
16,642,693	100.00	17,436,000	100.00	17,997,000	100.00
1,552,956	23.90	2,624,000	24.10	2,678,000	22.56
823,499	12.67	1,478,000	13.58	1,562,000	13.16
29,784	0.46	272,000	2.50	326,000	2.75
2,486,901	38.27	4,601,000	42.26	5,500,000	46.34
1,576,939	24.27	1,912,000	17.56	1,803,000	15.19
27,665	0.43	...	...	...	...
6,497,744	100.00	10,887,000	100.00	11,869,000	100.00

44-51.

1970Ed., p. 50, pp 123-139, 1980Ed., p. 113, p. 160

pp 4-5, p. 12, 1990Ed., pp. 4-5, p. 11.

値は農閑期（1月～3月）と農繁期（7月～9月）の中間期のものであるが、1980年までは4月1日
 いる。一方、1990年および1991年は失業者を含まず、現に就業している者のみの数値である。

歳以上と改められた。

(National Statistical Office, *Statistical Yearbook Thailand*, Bangkok, 1990Ed., p. 431) であった。

はその数においても、就業人口に占める割合においても増加してきており、それには経済成長やそれに伴う産業構造の変化が主因となっていることは間違いない。

ところで、1958年の革命評議会布告第19号により、タイでは労働組合が非合法化されていたが、72年3月に同布告が廃止されて以来、労働組合と組合員の数は、第Ⅱ－2表にみられるように年々増加してきている⁽⁹⁾。そして、労働者の増加やこうした労働組合の成長が労働政策の重要性を高め、政治的にも社会保険導入の大きな誘因となったことは疑うべくもない。いうまでもなく、社会保険には労働力保全と労使関係の安定化という機能があるからである。ただし、後者の観点からみれば、社会保険導入以前から労使関係は安定化に向かっていた。というのは、学生革命（1973年10月）後の社会的混乱と第1次石油危機が重なった1973年以後の数年間に最も多発した労働争議が、その後かなり減少し

第Ⅱ－2表 労働組合数および組合員数の推移

年	労働組合数	労働組合員数	年	労働組合数	労働組合員数
1972	9	24,065	1982	377	214,636
1973	22	25,671	1983	414	221,739
1974	45	53,769	1984	430	212,348
1975	111	73,413	1985	436	234,359
1976	184	104,699	1986	469	241,709
1977	164	104,965	1987	514	272,600
1978	174	120,266	1988	559	295,901
1979	206	142,039	1989	593	309,041
1980	255	153,550	1990	713	309,000
1981	334	154,000			

出所：水谷四郎編『タイ国経済概況』1990～1991年版、バンコク日本人商工会議所、1991年、163頁。および、労働大臣官房国際労働課編著『海外労働白書』平成4年度版、日本労働研究機構、1992年、274頁（原資料はタイ内務省労働局）。

注(1) 1958年10月の革命評議会布告第19号により、1972年3月までは労働者の組織が非合法化されていた。また、労働組合の名称が公認されたのは、1975年3月公布の労働関係法が翌月に施行されてからである。

(2) 表中の数は、民間および公営企業労組の合計による。

てきている¹⁰⁰からである。これは、安定した雇用や順調な賃金改善を支える経済成長が背景にあるためであろうが、そうした労働争議の減少をみると、労使関係の安定化をはかることが、社会保険導入の直接的契機になったとはいえない面もある。とはいえ、過去の労働争議が、主として賃金を巡る対立から生じていた¹⁰¹のに対し、最近の労働争議の主たる原因は、福祉に関連したものとなっており（第Ⅱ－３表参照）、今後はそうした労働者の福祉改善をはかっていかなければ、労使関係のさらなる安定は望めないということにもなる。したがって、労働力の保全とともに労使関係の安定化をはかることが社会保険導入の直接的契機となったとみるのは、あながち間違っていないだろう。

第Ⅱ－３表 労働争議数と要求の内訳

年	労働争議数 事業所数／述べ回数	合計要求数	要 求 の 内 訳						
			雇用 条件	労働日・ 労働時間	賃金	福祉	経費 節減	グリー バンス ⁽¹⁾	その他
1988年	109/120	836	147	58	164	308	12	63	84
1989年	74/85	888	157	63	178	291	15	89	95
1990年	122/127	1,076	155	54	194	469	39	77	88
(内製造業)	(98/103)	(901)	(114)	(26)	(164)	(423)	(26)	(67)	(81)

出所：Department of Labour, Ministry of Interior, *Year Book of Labour Statistics*, Bangkok, 1990Ed., p. 144 より作成。

注(1) グリーバンスとは、労働者や労働組合、または使用者や使用者連盟から内務省労働局に提出された雇用に関する苦情のことである。

(2) 括弧内は、1990年の労働争議のうち、製造業において発生したものについての数である。

(3) 国家財政および家計の事情

すでに述べたとおり、労働者の増大によって社会保険導入の必要性が高まったとしても、これを実現するための財源が確保できなければ、それは砂上の楼閣に終わってしまう。そこで、ここでは国庫と家計の事情を考察する。

まず、タイの国家財政は長い間赤字に悩まされてきた。とくに、1970年代に

は単年度の財政赤字が数度にわたってGDPの4%を越え、1982年度にはそれが5%にまで拡大したのであるが、社会保険の導入が1970年代・80年代を通じて実現できなかった原因の一つはここにあったといえよう¹³⁾。しかし、80年代後半に歳出の伸びを抑制し、歳入基盤を強化した¹⁴⁾結果、87年以降の急速な景気拡大で税収が増加したことも相まって、国家財政は88年度にはついに決算ベースで黒字に転じることとなった。これは、74年度以来実に14年ぶりのことであった(73年度以前も12年間赤字が続いていた)が、決算ベースでの黒字はその後も維持されており、GDP比では88年度以後91年度まで順に2.4%、3.7%、5.2%、4.2%の黒字となっている。また、予算ベースでの財政赤字も低下を示し、91年度予算では、史上初めての均衡予算が策定されている¹⁵⁾。このため、社会保険に対する国庫負担の目処が、何とかみえてきたのではないかと考えられる。ちなみに、最近における歳出予算の分野別割当は第Ⅱ-4表の通りであり、公衆衛生や社会サービス予算の割合が増加の傾向をみせている。そのなかで、90年法による社会保険予算は、91年度より社会サービス予算の一部として計上されており、その額は同年度で2億6800万バーツ、翌92年度には12億4290万バーツであった¹⁶⁾。

こうした国家財政事情の好転の一方で、家計の事情はどのように変化しているだろうか。まず、一般的に発展途上国では貧富の差が著しいといわれるが、タイもその例外ではない。しかも、タイでは階層間の所得格差が長期にわたって拡大を続け、1980年代末になってそうした傾向によりやく歯止めがかかったかどうか、というのが実状である¹⁷⁾。とはいえ、経済成長の成果が、下位の所得階層に全く分配されてこなかったわけではない。その証左として、貧困線を下回る世帯の割合は、全国で1975/76年の30.02%（農村部36.16%，都市部12.53%）から1988/89年の23.6%（農村部29.43%，都市部6.74%）へと減少している¹⁸⁾。このため、所得格差の縮小はともかく、国民の所得水準の底上げは進んできているといえる。ちなみに、国民1人当たりの個人所得は、

第Ⅱ-4表 分野別歳出予算 (金額：百万バーツ／構成比：%)

	1988年度		1989年度		1990年度		1991年度		1992年度	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
農業	17,495.9	7.2	21,327.7	7.5	29,312.9	8.7	36,231.3	9.3	45,512.6	9.8
鉱工業	703.3	0.3	913.9	0.3	1,225.4	0.4	1,498.7	0.4	1,631.6	0.4
運輸・通信	12,064.7	5.0	14,810.0	5.2	20,344.4	6.1	24,276.1	6.3	31,043.5	6.8
商業・観光	1,201.0	0.5	1,392.7	0.5	2,673.4	0.8	3,001.1	0.8	5,670.8	1.2
科学技術・エネルギー・および環境	957.5	0.4	1,264.3	0.4	3,079.3	0.9	3,086.2	0.8	6,655.0	1.5
教育	45,388.8	18.6	48,843.4	17.1	60,729.8	18.1	75,967.9	19.6	86,576.9	18.8
公衆衛生	10,959.5	4.5	12,447.9	4.4	18,046.8	5.4	22,705.9	5.8	27,238.2	5.9
社会サービス	9,621.9	4.0	12,447.6	4.4	23,063.8	6.9	31,263.5	8.1	37,928.6	8.2
国防	47,063.0	19.3	50,605.5	17.7	59,515.2	17.8	68,883.9	17.8	78,675.3	17.1
治安	9,789.4	4.0	10,610.4	3.7	12,811.6	3.8	17,310.4	4.4	19,686.9	4.3
一般行政	28,508.3	11.7	44,335.8	15.5	34,623.2	10.3	47,951.5	12.4	61,428.3	13.3
					(36,130.7)	(10.7)				
元利払い	59,746.7	24.5	66,500.8	23.3	69,574.2	20.8	55,323.5	14.3	58,352.3	12.7
合計	243,500.0	100.0	285,500.0	100.0	335,000.0 (336,507.5)	100.0	387,500.0	100.0	460,400.0	100.0

出所：Bureau of the Budget, Thailand's Budget in Brief, Bangkok, 1992Ed., p. 31.

注：括弧内の数値は、補正予算を含んだものである。

1972年価格で1970年の3428パーツから1990年の6871パーツへと、この20年で実質約2倍の増加を示している。これにともなって、1人当たりの個人可処分所得・個人支出・個人貯蓄もそれぞれ1970年の3383パーツ、3007パーツ、376パーツから1990年の6647パーツ、5927パーツ、720パーツ（いずれも1972年価格）へとやはり2倍前後の上昇をみせている¹⁸⁾。そして、このように所得水準が上昇した結果、国民の消費構造にも変化が出てきている。すなわち、第Ⅱ-

第Ⅱ-5表 国内市場における個人消費支出

	1960年		1970年	
	金 額 (百万パーツ)	構成比	金 額 (百万パーツ)	構成比
食料品	24,419	47.31	45,242	41.29
飲料品	2,162	4.19	6,105	5.57
タバコ	2,433	4.71	3,546	3.24
衣料品・その他身の回り品	4,174	8.09	10,095	9.21
賃貸料・水道料金	2,950	5.72	9,611	8.77
光熱費	2,017	3.91	2,962	2.70
家具調度品・家庭設備	1,388	2.69	3,653	3.33
家政費	1,035	2.01	1,920	1.75
個人向けサービス	1,042	2.02	2,055	1.88
保健医療費	1,992	3.86	4,529	4.13
運輸・通信費	3,908	7.57	8,392	7.66
娯楽費	3,407	6.60	10,061	9.18
その他サービス	689	1.33	1,394	1.27
国内市場の個人消費支出合計	51,616	100.00	109,565	100.00
+ 国外居住者の支出	353	—	1,337	—
- 外国人滞在者（非居住者）の支出	151	—	2,283	—
個人消費支出合計	51,818	—	108,619	—

出所：NESDB (Office of the National Economic and Social Development Board, Office of the Prime pp. 76-77 and 1990Ed., pp. 40-43 より作成。

注(1) 1960年については、消費者物価指数を用い、筆者が1972年価格に修正。

(2) 1990年は推計値。また、名目額の米ドルへの換算では同年の平均レートを用い、1ドル＝

(3) 構成比はそれぞれ小数点第3位を四捨五入したので、個々の合計が100にならない場合があ

5表にみられるように、個人消費支出のなかで食費の割合が急速に低下し、保健医療費や娯楽費などが増加してきているのである。このため、国家財政が好転した一方で、国民の側でも社会保険の保険料を負担することが何とか可能になってきたし、保健医療費の漸増によって、保険料を収めることへの抵抗感が、かつてと比べて小さくなってきたといえるのではないだろうか¹⁹⁾。

構成の推移（1972年価格）

（構成比：％）

1980年		1990年		1990年（名目額）	
金 額 (百万バーツ)	構成比	金 額 (百万バーツ)	構成比	金 額 (百万バーツ)	金 額 (百万米ドル)
67,021	32.98	91,918	23.91	311,607	12,179
15,142	7.45	34,453	8.96	103,926	4,062
8,270	4.07	11,329	2.95	25,310	989
22,251	10.95	45,148	11.75	181,639	7,099
16,193	7.97	28,097	7.31	86,587	3,384
5,221	2.57	10,071	2.62	21,941	858
9,670	4.76	26,697	6.95	83,009	3,244
3,759	1.85	6,744	1.75	22,127	865
4,178	2.06	7,429	1.93	18,469	722
10,906	5.37	33,365	8.68	92,052	3,598
15,517	7.64	32,927	8.57	147,665	5,772
22,164	10.91	48,490	12.61	186,558	7,292
2,937	1.45	7,727	2.01	26,850	1,049
203,229	100.00	384,395	100.00	1,307,740	51,114
2,074	—	5,746	—	21,261	831
7,559	—	28,453	—	114,699	4,483
197,744	—	361,683	—	1,214,302	47,461

Minister), *National Income of Thailand*, Bangkok, 1968-69Ed., pp 66-69, New Series 1970-1987Ed.,

25.585バーツとした。
る。

2. 社会的背景

(1) 都市への人口流入

まず、タイにおける人口移動の特色の一面を、人口流入の著しいバンコクについてみてみよう。このタイの首都には、1986年9月1日から1988年8月31日までの2年間に、12万人余りが流入した（ただし、僧侶、兵舎に住む兵士、寮に住む学生、刑務所に留置された囚人等を含まない）と推計されているが、その77.9%は10歳代・20歳代の若者によって占められている⁴⁰。また、バンコク流入の理由によってそうした若者を分類してみると、第Ⅱ-6表にあるように、「求職のため」という者が6割前後となっており、転職や転勤を含めれば、7割を越える者が仕事上の理由でバンコクにやって来ている。さらに同表にみられる通り、10歳代や20歳代では、配偶者や世帯主と一緒に来たという者は少ない。そこで、以上のことを総合して考えると、「単身で仕事を求めて移って来る10歳代・20歳代の若者」というバンコク流入者の特徴的な姿が浮かび上がってくる。では、このようなことは、社会保険の導入といかなる関連があるのだろうか。

第Ⅱ-6表 バンコク流入者の理由別構成比（10歳代・20歳代のみ）

理 由	転職	求職	勉学	転勤	配偶者と 一緒に	世帯主 と一緒に	帰京	以前の 住居に 不満	その他	合計
構成比 (%)										
10歳代	9.08	63.55	16.86	0.28	0.86	7.89	0.17	0.63	0.68	100
20歳代	14.54	59.35	8.16	2.43	8.34	4.99	0.43	0.97	0.79	100

出所：National Statistical Office, *Survey of Migration into the Bangkok Metropolis*, Bangkok, 1988Ed., appendix table 4 より作成。

注：構成比は小数第3位を四捨五入したので、合計は必ずしも100にならない。

タイには、血縁や地縁による相互扶助で生きていくという風習が、いまだ根強く残っている。特に家族のきずなは強く、例えば、日本の総務庁が行なった

老人の生活と意識に関する国際比較調査（対象は施設入所者を除く60歳以上の男女）によれば、「老後の生活費は、家族が面倒をみるべきである」という考え方が、タイでは68.1%（1986年1月時点）と圧倒的に優勢となっている。無論、社会保障制度がまだ確立していないことも影響しているのであろうが、これは家族の強い結び付きの一端を表わすものと捕えることができる。ちなみに、同様の考え方が日本では10%台、欧米諸国では数%であることから、タイはこの面で非常に際立った特色を示している⁴⁰。

さて、すでにみたように、近年は多くの若者が単身で都市（特にバンコク）へ流入しているが、それによって、家族のこうしたきずなが弱まっているわけでもない。親元への仕送りは、当然のこととして行なわれているし、両親の生活費や弟妹の教育費・養育費を得ること自体が都市へ出る目的であることも多い。したがって、この限りにおいては、従来の血縁による相互扶助はまだ十分に機能しているといえる。しかし、反面では、単身で都市へ出てくる若者自身は、故郷で享受しえた血縁や地縁による相互扶助の枠組みから外れることとなるため、彼らに対しては、新たな生活保障の仕組みが必要となつてこざるをえない⁴¹。都市への人口流入が社会保険の導入と関連をもつのは、このためである。

（2）人口高齢化の進行

他方、老後の生活費を子供に頼り切るといふ親子の経済的關係についても、必ずしもこれが将来に渡って不変たりえない要因がある。それは子供の数の減少と平均寿命の伸び、およびそれらの結果としての人口高齢化の進展である。まず、第Ⅱ－7表にみられる通り、タイでは普通出生率・合計特殊出生率がともに低下してきている。後者は1950～55年に6.62であったが、1960～65年の6.42から1990～95年の2.20へと急速に低下し、2000～05年には2.07になると推計されている。同表にみられるように、この間に乳児死亡率も低下してはいるが、それでも子供の数が減少してきていることは間違いない。このため、老後

第Ⅱ-7表 タイの各種人口統計 (推計)

	1950年	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2010年	2020年	2025年
総人口 (千人)	20,010	26,392	35,745	46,718	55,702	63,670	71,594	78,118	80,911
都市人口 (千人)	2,097	3,302	4,750	8,088	12,609	18,738	26,669	35,346	39,772
農村人口 (千人)	17,913	23,090	30,995	38,630	43,093	44,932	44,925	42,772	41,139
都市人口割合 (%)	10.5	12.5	13.3	17.3	22.6	29.4	37.3	45.2	49.2
年齢 (3 区分) 別人口構成									
0~14歳 (%)	42.5	44.7	46.2	40.0	32.7	26.5	24.6	22.1	21.0
15~64歳 (%)	54.5	52.6	50.8	56.5	63.4	68.5	69.2	69.5	68.8
65歳以上 (%)	3.0	2.7	3.0	3.5	3.9	5.0	6.2	8.4	10.2
人口密度 (人/㎢)	39	51	70	91	109	124	140	152	158
年平均人口増加率 (%)	1950~55年	1960~65年	1970~75年	1980~85年	1990~95年	2000~05年	2010~15年	2020~25年	
内 都市部 (%)	2.58	2.99	2.92	1.99	1.35	1.24	0.95	0.70	
農村部 (%)	4.39	3.53	5.59	4.66	4.02	3.70	2.99	2.36	
普通出生率 (‰)	2.35	2.91	2.47	1.38	0.50	0.11	-0.37	-0.78	
普通死亡率 (‰)	46.6	43.5	35.1	27.8	20.0	18.6	16.1	14.4	
合計特殊出生率	19.2	13.4	9.3	8.0	6.5	6.3	6.6	7.4	
乳児死亡率 (‰)	6.62	6.42	5.01	3.52	2.20	2.07	2.07	2.07	
出生時の平均余命 (男: 年)	132	95	65	37	24	18	13	9	
(女: 年)	45.0	51.9	57.7	60.7	65.1	68.0	70.3	72.3	
	49.1	56.1	61.6	64.8	69.2	72.4	74.9	77.0	

出所: United Nations, *World Population Prospects*, New York, 1990Ed., pp. 570-571 より作成。

注: 1990年以降は中位推計による。

の親を扶養するための負担を分担し合える兄弟の数が減少していくが、他方では平均寿命が伸びてきているため、扶養の期間も必然的に長くなっていく。こうしたことは社会全体からみれば人口の高齢化ということになるが、老年人口割合（65歳以上）は1990年の3.9%から今後2000年の5.0%、2025年の10.2%と上昇すると推計されている（第Ⅱ－7表参照）。この5.0%・10.2%（この間25年）という数字に近いところをみると、日本では1950年の4.9%から1985年に10.3%となっている（この間35年）^④ので、タイでは半世紀遅れて日本を上回るようなペースで高齢化社会に突入していくとされているのである。

そこでこうした変化に備えるため、生活を保障する社会的なシステムとして、社会保険制度が求められるようになったのである。後述のように、タイの社会保険は、現在は労働者を対象とした医療保険部門が中心となっているが、これは血縁や地縁による相互扶助の枠組みから外れた都市労働者を保護するための、当面の施策であったともいえる。他方、90年法の施行（90年9月）から6年以内に年金部門を開始することが同法に明記されることとなったのは、子供の数の減少と平均寿命の伸び、およびそれらの結果としての人口高齢化の進展に備えるためであったと考えられるのである。

Ⅲ．90年法による社会保険制度の仕組み

前節では90年法を成立・施行に至らしめた背景を考察したが、本節では、同法に基づいて導入された社会保険制度の仕組みを述べていく。

1. 適用対象者

まず、対象となる人々について、90年法はつぎのような経過措置を規定している。

(イ) 当初は従業員20人以上の企業に適用（第103条第1項^④）。

(ロ) 法律施行（1990年9月）から3年後に従業員10人以上の企業に適用を拡

大（第103条第2項）。

ここまでは強制加入であるが、一度適用を受けた企業の従業員数が上記の人数未満になった場合においても、適用は継続される（第43条）。また、被保険者が企業を退職した場合でも、本人の申請によって加入を継続することができる（第39条）。

（イ）法律施行から4年以内に上記以外の者（従業員9人以下の企業および自営業者等）も任意で加入（第2条および第40条第1項）。

以上の規定はタイ全国で実施されるが、つぎの者は強制加入の適用からは除外される（第4条）⁹⁴。

- （1）公務員　ただし、臨時職員はこの限りではない。
- （2）外国政府または国際機関の職員
- （3）外国に赴任している労働者
- （4）私立学校の教員
- （5）学校や大学、あるいは病院に雇用されている学生、看護生、研修医
- （6）勅令によって指定されたその他の者

このうち、公務員（軍人も含むと考えてよい）は国家あるいは自治体によって、もともと種々の保障を与えられているし、私立学校の教員には独自の福祉制度がある。例えば公務員の場合には、以前から医療費が本人・家族分ともに現金給付（医療費償還制）によって保障され、60歳からは年金が支給される（本稿の冒頭でもふれたとおり、これらは全額国庫負担であり、社会保険方式は採られていない）。なお、前記(6)の規定の下、勅令によって90年法の適用を除外された者はつぎのとおりであるが、この勅令⁹⁵は1991年10月より施行されている。

- （A）タイ赤十字の職員
- （B）国営企業の労働者
- （C）通年の雇用を必要としない農林水産業あるいは牧畜業で、他の業務を含

まない事業の労働者

(D) 臨時労働者あるいは季節労働者

ところで、国営企業や臨時労働者等を社会保険でどのように扱うかは、90年法の成立前にも上下両院で議論の的とされた問題であった⁸⁰。したがって、上記の勅令は、同法の施行から1年余りを経て、そのような議論に最終的な判断を下したものといえる。

現在90年法は、以上に列挙した人々を除外した上で、従業員20人以上の企業を強制加入としているのみの段階であるが、内務省社会保障事務局（第19条により設置：日本の社会保険庁に相当）の資料⁸¹によれば、1992年11月現在の適用企業数および被保険者数は、全国でそれぞれ3万587社・379万656人となっている。また、地域ごとの内訳では、バンコクが2万1090社（69.0%）・206万5854人（54.5%）、中部が5600社（18.3%）・123万3299人（32.5%）、北部が1182社（3.9%）・15万8877人（4.2%）、東北部が1098社（3.6%）・14万1168人（3.7%）、南部が1617社（5.3%）・19万1458人（5.1%）となっており（括弧内は全国合計に対する割合）、大部分がバンコクおよび中部に集中している。

ところで、1992年1月現在で同様の資料をみると、適用企業数および被保険者数は、全国でそれぞれ3万318社・295万1989人となっているが、これをみると被保険者数は相当の勢いで増加していることになる。しかしながら、社会保障事務局の説明によれば、上記の被保険者数には、すでに脱退した者や保険料の拠出を中断している者も含まれているという。したがって、被保険者数およびその増加率は、実際には上記の値よりも小さくなる。また、社会保障事務局の顧問を勤めている国際労働機関（International Labour Organization: 略称 ILO）の専門家トンプソン（Kenneth Thompson）氏は、別の観点からも上記被保険者数の正確性に疑念を抱いている。社会保障カードの発行手続きにつきのような問題があるというのである。

90年法の適用を受けている企業の使用者は、適用を受けた日または新たに労

働者を雇用した日より30日以内に、労働者の氏名・賃金額などを所定の用紙に記入し、社会保障事務局に提出しなければならないことになっている（第34条）。この用紙が提出されると、社会保障事務局は使用者に社会保障登録証を、労働者には社会保障カードを発行する（第36条）。上記被保険者数は、発行された社会保障カードの数によるが、実際にはこうした手続きが厳密に行なわれないまま、必要以上の社会保障カードが見切りの発行されている（その原因は、後述のような社会保障事務局の職員不足であろう）。これがトンプソン氏の見解であるが、いずれにせよ、現段階では残念ながら正確な被保険者数は把握しえないというのが実情のようである。

2. 管理・運営機構

90年法による社会保険は、後述のように現在は実質上医療保険部門が中心となっている。医療保険部門という意味は、それが独立した一つの制度として創設されたものではなく、将来的に老齢や失業などに対する保障をも含めた、総合的な社会保険の組織となるように企図されているということである。また、それは企業別・業種別といった組合方式をとらず、内務省社会保障事務局によって一元的に管理・運営されている。ただし、すでに様々な保障を受けていた公務員や独自の福祉制度を有していた私立学校の教員等が、90年法の対象から除外されていることからすれば、タイの社会保険は全国民を単一の制度のもとに包括するものではない。なお、1974年1月から実施されていた労災保険の管轄は、内務省労働局⁹⁴から社会保障事務局に移されたが、これも90年法による社会保険とは別建てである。

ところで、社会保障事務局は主に制度の管理・運営を行なうが、所管大臣へ政策上の意見提案を行なう組織として、社会保障委員会が設けられている。この委員会は社会保障事務局局長を議長とし、大蔵省・保健省・総理府予算局・社会保障事務局の各代表の他に労使の代表各5名を委員とするが、さらに所管

大臣は、社会保険システム・労働問題・医療問題・法律問題そのほかの専門家 5 名以内をこの委員会の顧問官として任命することができる（第 8 条）。また、医療各分野の専門家（大臣の任命による）によって組織される医師委員会が、医療給付について社会保障委員会に意見提案を行ない、医療給付の原則と給付率を決定する（第 15 条）。さらに、使用者・被保険者等からの不服審査請求（第 85 条による）を審査する組織として不服審査委員会が設けられている。同委員会は 13 名以内の委員によって構成されるが、その内訳は委員長、法律問題・医療問題・社会保険・労働問題の各分野における専門家、労使の代表各 3 名、社会保障事務局代表である（第 86 条）。

以下では、このような機構の下に管理・運営される社会保険制度の仕組みをさらにみていく。ただし、90 年法の施行（1990 年 9 月）より 4 年以内に任意加入を認められるようになる者（従業員 9 人以下の企業および自営業者等）についての給付の種類・受給要件・保険料拠出の原則と比率などは、後に勅令で規定するとされている（第 40 条第 2 項）。このため、本稿におけるこれ以降の記述は、特に断らない限り、強制加入である従業員 10 人以上の企業についてのものとする。

3. 給付の種類と内容

90 年法による社会保険は、傷病・出産・障害・死亡・家族・老齢・失業、以上 7 種類の給付に分けられており、保険料率や受給資格などがそれぞれの給付について規定されている（第 46 条および第 62～79 条）。それらのうち、傷病・出産・障害・死亡については、1991 年 3 月分から保険料の徴収が開始され、現在は給付も行なわれているが、家族給付と老齢給付については、90 年法の施行（1990 年 9 月）から 6 年以内に保険料の徴収が開始されることとなっている。他方、失業給付の開始時期は未定であり、これは後に勅令で決定するとされている（第 2 条および第 104 条）。

上記事項の詳細は第Ⅲ－1 表にまとめてあるが、①障害の際の療養費が一般

第Ⅲ—1表 90年法による

給付の種類	給 付 内 容			
傷病給付	療養 ⁽¹⁾ または 療養費		ケース 1 ⁽²⁾ 現 物 給 付	ケース 2 ⁽³⁾ 現金給付(医療費償還)
		外 来	10 割 給 付 (患者負担なし)	1 回 ¥100 ⁽⁴⁾ 以下 年 ¥2,000 以下
		入 院	同 上	1 回 ¥800 以下 年 ¥1,600 以下
		手 術	同 上	1 回 ¥6,000 以下
	傷病手当金 賃金の50% 1 回90日以内・年180日以内 慢性の場合は365日以内			
出産給付	分娩・療養費 ⁽⁵⁾ 出産手当金	1 回の出産につき定額 ¥3,000 を 2 回目まで償還 賃金の50% 1 回60日以内 (2 回目の出産まで)		
障害給付	療養費 ⁽⁶⁾ 障害年金	月 ¥1,000 を上限として償還 賃金の50% 15年以内		
死亡給付	埋葬料 ⁽⁶⁾	法定最低賃金最高額 (日額) の100倍		
家族給付	省令に定められる原則と比率 ⁽⁷⁾ にもとづき子女の療養費・扶養費・ 教育費等として子女 2 人目まで支給			
老齢給付	省令に定められる原則と比率 ⁽⁷⁾ にもとづき保険料の納入額および納 入期間に応じて支給			
失業給付	省令に定められる原則と比率 ⁽⁷⁾ にもとづき失業 8 日目から支給			

出所：90年法および社会保障事務局資料をもとに筆者作成。

注(1) 給付を受けられるのは被保険者本人の場合のみ。また、歯科診療は対象外である。なお、被
の(病院)登録する。

(2) 登録している病院またはその病院と患者受け入れ契約のある医療機関で診療を受けた場合。

(3) 緊急時など、上記以外の医療機関で診療を受けた場合。

(4) Bはタイの通貨単位であるバーツを示す。

(5) 配偶者の場合にも支給される。

(6) 給付を受けられるのは被保険者本人の場合のみ。

(7) これらはまだ未決定である。

(8) 日額に換算した被保険者の賃金実額に、ここに示された保険料率を掛け合わせたものを政労
の合計で $0.88 \times 3 = 2.64(\%)$ 。なお、保険料の計算上は、日額500バーツ以上の賃金は500バー

(9) 将来任意加入を認められる自営業者等についての給付や保険料等は、後に勅令によって規定

社会保険給付及び保険料

1992年9月3日現在

受 給 資 格	保険料率 ⁽⁸⁾	保険料徴収開始時期
受診以前15ヶ月以内に 90日分以上の保険料納入	0.88%	1991年3月分より
受診以前15ヶ月以内に 210日分以上の保険料納入	0.12%	
障害者となる以前6ヶ月以内に 90日分以上の保険料納入	0.44%	
死亡以前6ヶ月以内に 30日分以上の保険料納入	0.06%	
1年分以上の保険料納入	計3%以内	法律施行日（1990年9月2日） より6年以内
15年分以上の保険料納入 かつ満55歳以上		
失業以前15ヶ月以内に 90日分以上の保険料納入	5%以内	勅令により公布

保険者は、勅令によって指定された病院のうちの一つに事業所単位で（同一事業所の被保険者は同一

使がそれぞれ負担する（ただし、保険料の支払は月毎）。たとえば傷病給付部分の保険料率は政労使
ツとみなされる。
されることになっている。

傷病の際の療養費と区別され、障害年金とともに一つの給付体系とされていること、②家族給付（児童手当）に社会保険の原則が貫かれ、しかも子女に対する療養費の給付とともに一つの給付体系とされていること、以上の点は欧米や日本の制度においてはみられない特徴である。

以下では、第Ⅲ－１表の給付内容の部分につき、若干の補足を加えておく。ただし、医療に関する部分については保険医療制度との関連で後述するので、ここでは取り上げない。なお、特に断らない場合、以下の記述は90年法第62～79条に依拠するものとする。

（１）給付対象

家族給付および配偶者も受給できる分娩費等の給付（出産給付の一部）を除き、給付は被保険者本人に限られている。また、業務上の傷病・障害・死亡は給付の対象とならないが、それらについては別建ての労災保険があることはすでに述べたとおりである。

（２）傷病手当金・出産手当金・障害年金給付額の基準となる賃金

傷病手当金・出産手当金・障害年金は、所得の喪失に対する保障であることはいうまでもない。これらの給付額はいずれも賃金の50%とされているが、その基準となる賃金は、受診直前の保険料を収めた90日間（その90日間が連続しているか否かを問わず）に、その保険料算出の基準となった賃金の平均から求められ、日額で算出される（第57条第1項）。また、企業を退職した後も加入を続ける被保険者の場合には、退職直前に保険料算出の基準となった賃金を平均日額に換算したものが用いられる（第39条第2項および第57条第2項）。なお、そうした日額への換算方法は、つぎの保険財政の項で取り上げることとする。

（３）傷病手当金・出産手当金・障害年金給付の減額等

傷病手当金および出産手当金は、原則として休業第1日目から支給される。しかし、被保険者が労働者保護法⁵⁰・就業規則・請負契約・労働協約などに

よって、休業時にも一定期間の賃金支払を受けられる場合には、その期間中は当該手当金の給付が行なわれない。このケースの当該手当金給付は、そうした休業時の賃金支払期限が過ぎた日から開始される。ただし、休業時の賃金支払額が、当該手当金の額を下回る場合には、その差額が支払われる。一方、障害年金は原則として賃金の50%を15年間支払うものとされているが、被保険者が死亡した場合には、その時点で給付が終了する。また、医師委員会（管理・運営機構の項を参照のこと）によって障害の状態が改善したと認められた場合には、同委員会の定めた原則と方法にしたがって、社会保障事務局長または社会保障事務局長の委任を受けた者が給付の減額を決定できるとされている。

（4）死亡給付額の基準となる法定最低賃金最高額

タイでは1973年以来、「最低賃金決定に関する内務省令」および「最低賃金に関する内務省令」⁹²⁾により、最低賃金が地域ごとに日額で設定されるようになった。同一地域内では業種や職種にかかわらず同一の最低賃金が適用されており、それは1973年以来ほぼ毎年改定されてきている。そのうち、最低賃金が全国で最も高く設定されているのは、現在ではバンコクとその周辺5県、および南部のプーケット県であり、1993年4月の改定では、それまでの115バーツから125バーツへと引き上げられている。したがって、法定最低賃金最高額には、現在この125バーツが適用されることとなる。なお、この改定によるその他の地域の最低賃金を参考のために挙げておくと、南部のラノー・パンガー両県が107バーツから110バーツへ、中部のチョンブリ・サラブリ、北部のチェンマイ、東北部のナコンラチャシマ、以上の4県が101バーツから110バーツへ、それ以外の県が96バーツから102バーツへと引き上げられている⁹³⁾。

（5）失業給付の受給要件

保険料納入のほかに、以下のような条件を満たしていることが必要である。

- （イ）働く能力があるかまたは職業訓練を拒むことなく、斡旋された適当な仕事をやる用意があること。かつ政府の職業紹介所に登録し、そこに月1回

以上の報告を行なうこと。

(ロ) 失業の原因がつぎのものでないこと。

- 職務を誠実に履行しないこと。
- 使用者に対する故意の刑法違反行為
- 使用者に対して故意に損害を与えたこと
- 就業規則あるいは使用者の合法的な命令に対する重大な違反
- 正当な理由なく連続 7 日にわたって職務を怠ったこと
- 職務を怠ったために使用者に重大な損害を与えたこと
- 過失あるいは軽犯罪を除き、最終判決によって禁固刑を受けたこと

(ハ) 老齢年金の受給者でないこと

4. 保険財政

90年法による社会保険の主たる財源は、いうまでもなく保険料であり、政労使がそれぞれ同率の保険料を収めることとされている（第46条第1項）。事務費用は10%を越えない範囲で各年の保険料から割り当てることができるが、それで不足の場合には、政府が補助金または立替金を支払う（第24条第2項および第3項）。保険料算出に用いる労働者の賃金は標準報酬制を採らず、日割りで計算した実額⁸³であるが、週給・月給あるいは年給を日割りにする際には1週は7日、1ヶ月は30日、1年は365日として計算する。また、労働者が時間給や出来高によって賃金を受けている場合には、賃金支払いの対象となった期間中の平均で日割り賃金を求める（第6条）。ただし、こうして算出される日割り賃金には上限が設けられており、500パーツ以上は500パーツとして計算される（第46条第4項）⁸⁴。

使用者は、このようにして計算される賃金日額から保険料を控除し、それを翌月の15日までに同額の使用者負担と合わせて社会保障事務局に納入しなければならない（第47条）。保険料率は省令で規定されるが、90年法の付則に定め

られた比率を越えてはならないとされている（第46条第1項）。その付則に定められた比率は、傷病・出産・障害・死亡、以上4種類の給付部分の合計で政労使それぞれ1.5%（政労使の合計で4.5%）、家族給付・老齢給付部分の合計で同様に3%（計9%）、失業給付の部分で同様に5%（計15%）である。なお、現在実施されている傷病・出産・障害・死亡の各給付部分について、政労使がそれぞれ同率で負担する保険料率は、第Ⅲ－1表に示されたとおり順に、 $0.88 \cdot 0.12 \cdot 0.44 \cdot 0.06$ で合計1.5%となっている。これは政労使の合計では4.5%となるが、そのうちの2.45%は、後述する保険医療給付およびその関連給付に割り当てるとされている⁸⁹。

ところで、上記4種類の給付（傷病・出産・障害・死亡）に関する保険料の徴収は1991年3月分から開始されたが、実際にその支払いが行なわれたのは翌4月からである。同月に労使から徴収された保険料の総計は2億7000万バーツであったが、その後は漸増して1992年11月には3億7639万バーツが集められた。一方、1991年3月分から保険料を拠出している被保険者が各給付の受給要件を満たし始めるのは、死亡給付については1991年4月から、傷病給付と障害給付については同年6月から、出産給付については同年10月からである（第Ⅲ－1表の受給要件の部分を参照）。したがって、上記4種類の給付すべての受給要件を満たした被保険者が現われてくるのは、1991年10月からということとなるが、同月分の給付総額は1億4900万バーツであった。その後毎月の給付総額は徐々に増加し、1992年11月には1億8844万バーツとなっている⁹⁰。

5. 企業内福祉と90年法の部分的適用除外

90年法の施行以前から雇用されている労働者のために、業務外の傷病・障害・死亡および出産・子女扶養（家族給付）・老齢・失業のいずれかに対する保障が企業内福祉によって行なわれており、その給付が90年法の規定よりも高い比率で与えられている場合、そのような企業は、90年法による諸給付の当該

部分についての適用から除外される（第55条第1項）。すなわち、その部分に関しては、保険料の拠出も給付の支払いも行なわれず、社会保険に代わって従前の企業内福祉が継続されるのである。これは使用者がそのような企業内福祉を定めた就業規則、労働契約あるいは労働協約と、部分的適用除外を受けた場合の保険料率を社会保障委員会（管理・運営機構の項を参照）に示し、同委員会での審査を経て承認される（第55条第1項および第2項）。

このような規定によって部分的適用除外を受けた企業および労働者数は、第Ⅲ－2表に示されたとおりになっている。同表によれば、1400社余りとそこに働く43万人余りの労働者が何らかの適用除外を受けたことになるが、そのうちすべての部分について適用除外され、実質的にはまったく社会保険に加入していないものが16社、1万2000人余りいるといった状況である。

第Ⅲ－2表 90年法の部分的適用除外状況

(1991年1月24日から5月9日までに社会保障委員会に申請した3645社について)

企業数	労働者数	賃金を100とした場合の保険料率				
		※ 適用除外が認められた部分		－ 適用除外が認められなかった部分		
		傷病 (0.88)	出産 (0.12)	死亡 (0.06)	障害 (0.44)	支払うべき 保険料率
910	211,601	—	—	※	—	1.44
109	22,973	—	※	※	—	1.32
79	21,945	—	※	—	—	1.38
95	76,656	※	※	※	—	0.44
93	38,481	※	※	—	—	0.50
79	32,485	※	—	※	—	0.56
56	15,443	※	—	—	—	0.62
16	12,351	※	※	※	※	0.00
2,208	297,862	—	—	—	—	1.50

出所：社会保障事務局資料

注：部分的適用除外を認められた申請の合計 1,437社／431,935人

部分的適用除外を認められなかった申請 2,208社／297,862人

6. 保険医療制度

90年法による社会保険制度の全体像をこれまでにみてきたが、現在実施されているのは傷病・出産・障害・死亡といった4種類の給付についてであり、いまのところは医療保険部門が中心になっている。ここでは、こうした医療保険部門で重要となる保険医療の仕組みを述べていきたい。

(1) 保健医療機関の現況

タイの保健医療機関は国公立の場合には例外なく、また私立の場合にも大部分が西洋医学によっている。このことを念頭において、そうした保健医療機関の全般的事情をまずみておこう。

第Ⅲ－3表は国公立の保健医療機関の現況を示している。同表にあるように、バンコクには1000-2300床規模の大学病院をはじめとして、300-1000床規模の総合病院や150-500床規模の専門病院等がいくつもある。これに対してバンコク外では、全国各県(changwat)にそれぞれ150-500床の総合病院(県病院)が一つずつ設置されているが、いくつかの県ごとにもう少し規模の大きな(500-1000床)地方病院があるほか、北部のチェンマイ、東北部のコーンケン、南部のソクラーにはそれぞれ600-1000床規模の大学病院があつて、各地方の医療需要に應えている。また、県の下郡(amphoe)レベルでも、10-90床の地域病院(郡病院)を全国各郡に一つずつ置くべく計画が進められてきており、現在では90%以上の郡がそうした病院をもつようになっているほか、若干の診療所もある。一方、各郡内では、ほぼすべての町(tambon)に、助産婦と衛生士(sanitarian)が1名ずつ配置された保健所が設けられている。この保健所は、分娩や産前・産後のサービスを提供し、地域の疾病予防と健康増進に関する任務を遂行する。また、保健所は簡単な治療を施すほか、必要に応じて患者を郡病院や県病院へ紹介する役目を果たすことになっている⁸⁾。さらに村(muubaan)レベルでは、薬生協(Drug Cooperative)をつくって基礎的な医薬を常備するとともに、保健所で訓練を受けた住民の代表(VHV= Village

第三 - 3 表 国公立の保健医療施設 (1990年)

行 政 区 分	施設の種類	施設数	病床数
バンコク内	大学病院	5	1,000～2,300
	専門病院	15	150～500
	総合病院	10	300～1,000
	保健所 ⁽¹⁾	57	—
バンコク外			
4 地方 (中部・北部・東北部・南部)	大学病院	3	600～1,000
	地方病院	17	500～1,000
↓			
72県 (changwat)	総合病院 (県病院)	72	150～500
↓			
658郡 (amphoe)	地域病院 (郡病院)	604	10～90
	診療所	48	—
↓			
6,754町 (tambon)	保健所	7,869	—
↓			
58,612村 (muubaan)	地域保健所 ⁽²⁾	526	—
	薬生協	31,592	—

出所：Division of Health Statistics, Ministry of Public Health, *Public Health Statistics*, Bangkok, 1989Ed, p 227, and Ministry of Public Health, *Thailand Health Profile*, Bangkok, 1990Ed., p 31 より作成 (一部加筆)。

注(1) 1989年時。

(2) 辺境地や山岳民族の村など、保健上とくに問題があると判断された場所に設置される。

(3) 表中の — は原則としてゼロを示す。

Health Volunteer, または VHC = Village Health Communicator) が指導者となって、住民による自主的な保健活動が展開されている⁶⁹。

ところで、上記のような国公立の医療機関では、公費による補助があるために比較的低料金で医療が提供されるし、低所得者向けの医療扶助制度もある⁶⁹。また、通常は医療の水準でも決して先進国に劣らないといわれている⁴⁰。しかし、反面では多くの人々が利用するために待時間が長いし、いわゆるアニメティーにあたるサービスを期待するのは難しい (筆者は実際にいくつかの国公

立病院を見学したが、入院患者のベッドが廊下にまで並んでいるところさえあった)。このため、経済的に余裕のある人々の間には私営の医療機関に対する需要が生ずることとなり、第Ⅲ－４表に示されたような病院や診療所が存在している。とはいえ、私立病院の数は国公立病院と比べて少なく、かつバンコクを中心にいくつかの大病院があるほかは、規模の小さいものが多い。また、診療所は概ね勤務時間外の病院医によるもの⁽⁴⁾で、純粋な開業医はまれであ

第Ⅲ－４表 私立の保健医療施設（1990年）

施設の種類	施設数	病床数	医師数
近代的病院 ⁽¹⁾			
総合	258	13,304	829
専門	43	702	136
産科	107	755	18
合計	408	14,761	983
伝統的病院 ⁽²⁾			
総合	13	163	…
産科	1	4	…
近代的診療所 ⁽¹⁾			
医科	8,643	—	…
歯科	2,679	—	…
産科	1,827	—	…
伝統的診療所 ⁽²⁾			
医科	939	—	…
産科	11	—	…
薬局			
タイプ1 ⁽³⁾	3,691	—	—
タイプ2	5,560	—	—

出所：Health Education Division and Health Planning Division, Ministry of Public Health, *Health in Thailand*, Bangkok, 1991Ed., p. 37.

注(1) 西洋医学によるもの。

(2) 西洋医学によらないもの。

(3) 薬剤師のいるもの。

(4) 表中 — は原則としてゼロを、… は不明を表す。

る。

こうしたことから、タイの医療機関は国公立病院が中心になっているといえる。ただし、私立病院は、どちらかといえば経済的に恵まれた人々の医療需要によって成り立っているので、国公立病院と比べて医療費も医師の給与も高い。このため、最近では国公立病院の優秀な医師が高給によって私立病院に引き抜かれるケースがあるといわれ、一つの問題となっている⁴²⁾。また、より根本的なこととして、タイではまだまだ医療従事者や医療機関が絶対的に不足しているし、国公立病院の配慮に前記のような配慮がなされいながら、地理的偏在という問題も解消されていない（第Ⅲ－5 表参照）⁴³⁾。

第Ⅲ－5 表 医療関係者 1 人・1 病床あたり人口数

	タ イ (1989年)			日 本 (1990年)
	全 国	バンコク	バンコク外	
医 師	4,361	1,062	7,207	584
歯科医師	26,316	5,765	48,133	1,669
薬 剤 師	14,496	2,558	35,646	820
看 護 婦	962	384	1,190	166
助 産 婦	4,883	10,041	4,583	5,405
病 床	725	358	833	63

出 所：タイ Division of Health Statistics, Ministry of Public Health, *Public Health Statistics*, 1989Ed., p. 226 and pp. 233-234.

日本 (財)厚生統計協会『地域医療基礎統計』1992年版, 13頁, 150-160頁, 248頁。

(2) 保険医療の供給体制

上記のような諸問題の改善は、当然のことながら保険医療を拡充していくための前提となる。しかし、このこと自体を掘り下げて論ずることは、本稿の目的外にある。よって、以下では保険医療制度について、記述を進めていくこととする。

まず、すべての医療機関のうち、社会保障委員会（管理・運営機構の項を参照）によって定められた一定の基準⁴⁴を満たしている145（私立26を含む）の病院は勅令によって指定され、社会保障事務局と被保険者の受け入れや診療報酬の支払い等について契約を結んでいる。これらは、主として県病院またはそれと同等以上の比較的設備の整った病院で、メイン・コントラクター（main-contractor）と呼ばれている。90年法の適用を受けるすべての企業は、そうした病院のなかから事業所単位で一つを選択し、被保険者は社会保障事務局を通じてその病院に登録される。

メイン・コントラクターとなった県レベル以上の病院は、登録された被保険者（登録患者）に保険医療を提供するのはいうまでもなく、周辺の医療機関（主として郡レベルの病院や診療所）と契約を結んで、比較的軽度の登録患者に対する保険医療を請け負わせる。これは、登録患者に通院上の便宜をはかるためであるが、そのような請負契約を結んだ医療機関はサブ・コントラクター（sub-contractor）と呼ばれる。他方、メイン・コントラクターは最先端の設備と技術をもつ大学病院とも契約を結び、診療が困難な登録患者をそこに移送するようになっている。そうした大学病院はスーブラ・コントラクター（supra-contractor）と呼ばれ、全国に8ヶ所（内バンコクに5ヶ所）ある。ただし、そうした大学病院は、それ自体がメイン・コントラクターにもなっている。

こうして被保険者は、自分が登録されている病院（メイン・コントラクター）およびそれと契約を結んでいる医療機関（サブ・コントラクターおよびスーブラ・コントラクター）のネットワークのなかで、保険医療を受けるのである。

（3） 保険医療給付および関連給付

（イ）傷病給付による療養または療養費の給付

歯科を除く一般傷病について行なわれ、その内訳はつぎのとおりになっている（第63条）。

診察・検査費／治療費／入院看護費／薬剤費／救急車または患者の移送費／
その他必要な費用

ただし、こうした給付は被保険者本人にのみ限られており、家族には支給されない。なお、受給要件を満たせば、退職して社会保険から脱退した後でも、6ヶ月間はこの給付を受けることができるとされている（第38条）が、これは出産給付による分娩・療養費の給付についても同様である（ただし、脱退した後は、当然ながら傷病手当金や出産手当金は受給できない）。

被保険者は、すでに述べたように、自分が登録されているメイン・コントラクターと、そのサブコントラクターおよびスープラ・コントラクターとのネットワークのなかで保険医療を受けるようになっているが、この場合には、上記の費用は原則として自己負担なしの現物で支給される。このため、メイン・コントラクターに対しては、人頭割方式で登録被保険者1人当たり年間700パーツ（私立病院の場合には707パーツ）の診療報酬が支払われる。また、サブ・コントラクターとスープラ・コントラクターに対しては、契約を結んでいるそれぞれのメイン・コントラクターから診療報酬が支払われるが、その算出および支払いの方法は、すべて当事者間の取り決めに任されている。

ところで、メイン・コントラクターに対する人頭割の診療報酬支払方式は、総医療費をコントロールできる点では良いとしても、医療の質・量が診療報酬に反映されないため、粗診・粗療を招く危険性がある。保険医療と私的医療が差別され、本来同一であるべき医療が二層に分化されてしまうことにもなりかねない。このため、医師委員会（管理・運営機構の項を参照）は、当局によって定められた基準の医療が提供されているかどうかを、定期的に検査することになっている⁶⁹。また、特定の高額医療に対しては、それぞれについて定められる金額を上限として、追加の支払いを行なう準備が社会保障事務局にある。例えば、血液透析は3000パーツ、心臓切開手術は1万パーツ、科学療法は1万2000パーツである⁶⁹。

なお、旅行中や緊急時など、前記のネットワークに入っていない医療機関にかかった場合には医療費償還制が採られており、その償還額には第Ⅲ－1表のケース2にあるような上限が設けられている。ただし、特定の高額医療に対しては、この場合にも別に上限が定められていて、その額はメイン・コントラクターに対する人頭割以外の追加支払いに準じている⁶⁹⁾。

(ロ)出産給付による分娩・療養費の給付

被保険者本人またはその配偶者の妊娠・出産に際して、つぎの費用が支給される（第66条）。

診察・検査費／治療費／薬剤費／分娩費／入院看護費／救急車または患者の移送費／その他必要な費用

こうした給付は償還制によって行なわれ、1回の出産に対する償還額は2500バーツの定額制となっている。また、病院等は受給者の選択に任される。

(イ)障害給付による療養費の給付

被保険者本人が何らかの障害を負ったときには、つぎの費用が支給される（第70条）。

診察・検査費／治療費／薬剤費／入院看護費／救急車または患者の移送費／身体・精神・職業上のリハビリテーション費／その他必要な費用

出産給付の場合と同様に、こうした給付は償還制によって行なわれ、病院等の選択も自由であるが、償還額は月1000バーツを上限とする実費となっている。

IV. 90年法による社会保険制度の問題点

ここでは、前節に述べた現状を踏まえ、90年法による社会保険制度がどのような問題を抱えているかを論じていきたい。

1. 管理・運営上の問題点

社会保障事務局は間借りの事務所で、しかも職員数の絶対的不足という状況で発足しなければならなかった。当初、アンボン（Amphon Singhakowin）局長は少なくとも1000人の職員が必要であるとしていたが、その確保はなかなか進まなかった。90年法の施行から半年を経過した1991年3月（この月の分から保険料の徴収が開始された）においてさえ、専従職員は局長以下3名のみで、臨時職員400名と他省庁からの応援50名によって、急場を何とかしのいでいる状態だったのである⁴⁸。このため、被保険者の登録や保険証の発行がスムーズにいかず、被保険者数は今でも正確には把握されていない。

また、こうした職員不足は、関係者に対する指導が徹底されない原因にもなった。すなわち、まず被保険者は社会保険の仕組みを十分に理解していない。特に問題なのは、自分が受けられる給付について、どの程度知っているのかということである。例えば、どの病院へ行ったらよいのかわからない、あるいはどの病院へ行っても無料で医療を受けられると考えている被保険者も多いようだ。また、登録されている病院で保険証を提示したにもかかわらず、診療を拒否された患者の事例も報告された⁴⁹が、これはそうした病院への指導が徹底されていなかったことの現われであろう。

ところで、このような管理・運営上の問題を避けるためにも、まず地域を限定して制度を実施し、それが軌道に乗った上で徐々に全国に拡大していくべきだとの勧告が、かねてよりILOから出されており、それを受けたかつての計画にもそのことが盛り込まれていた⁵⁰。また、1974年1月より実施された労災保険の場合でも、当初の適用地域はバンコクのみであり、全国で実施されるようになったのは、14年余りが経過した1988年7月のことであった。ところが、90年法は、政治的な配慮によって最初から全国に適用されることとなった。すなわち、いずれ全国で実施するとしても、それまでの間に適用を受けない地域の人々から非難を受けることになるからである⁵¹。したがって、上記のような

問題点は、そうした政治的配慮の代償という面もある。

2. 給付内容の問題点

(1) 医療給付の制限

傷病給付および障害給付に含まれる医療給付（療養または療養費の給付）は被保険者本人に限られており、家族がこれを受けることはできない。6年以内に予定されている家族給付の実施によって、子女が社会保険による医療を受けられるようになったとしても、それは2人目までに限られているし、配偶者等の医療費も自己負担となって家計を圧迫することになる。タイの社会保険は今はまだ労働者保護の段階であるにしても、家族の健康は結局労働者本人の経済的かつ精神的な問題になるので、そうした家族への医療給付拡大は将来の大きな課題となるであろう。

他方、歯科診療が社会保険によってカバーされていないことも不十分な点であるし、保険適用外の疾病が多いとの批判もある⁵³。また、自分が登録されている病院とその契約医療機関とのネットワークの外で医療を受けた場合は医療費償還制となり、しかもその償還額には上限が設けられている。このために患者の受診行動が制限され、緊急医療が適切に行なわれなくなる危険性もあろう。

(2) 遺族年金の不備

給付の種類をみると、社会保険でカバーされるべきものは概ね制度のなかに取り入れられてはいるが、遺族年金が欠如している。

(3) 障害年金の不十分さ

障害年金の給付は15年以内に制限されており、しかも物価スライド制が採られていない。

(4) 出産給付・家族給付の人数制限

すでに述べたことと多少重複するが、出産給付と家族給付は子女2人目までに制限されており、これも社会保険の給付としては不十分な点であろう。ただ

し、こうした制限には単に保険技術上の問題だけではなく、人口政策との関わりもあると考えられる。ちなみに、第 6 次国家経済社会開発 5 ヶ年計画終了時（1991 年 9 月）の人口増加率は年率 1.4% であったが、第 7 次 5 ヶ年計画（1991 年 10 月～1996 年 9 月）では、同計画終了時まで、それを 1.2% へ低下させることが目標とされている⁵³。

3. 保険料の問題点

(1) 保険料率の問題点

すでに述べた給付の不十分さも、当面の低い保険料率を考えれば、納得せざるをえない面もある。すでに実施されている傷病・出産・障害・死亡の各給付を合わせると、日本の健康保険に障害年金が加わったものに相当するが、そのための保険料率は政労使の負担分をすべて合わせても 4.5% である（ $1.5\% \times 3$ ）。これは日本の健康保険における現在の保険料率（労使合計分）と比べて半分程度でしかなく、しかもその低い保険料率によって障害年金もカバーされている。このため、十分な給付を行うことが財政的に困難であるとしても、不思議ではない。制度の導入期にあることや、経済の発展途上にあることを考えれば、今のところはこれ以上の保険料負担を求めることは難しいだろうが、将来的には給付改善と国民の合意を前提とした保険料引き上げが、ある程度は必要となるかもしれない。

とはいえ、現在実施されている給付部分の保険料率が今のままだとしても、家族給付と老齢給付、さらに失業給付が導入されたときには、全体の保険料率が 9.5%（政労使の合計で $9.5\% \times 3 = 28.5\%$ ）になるといわれている⁵⁴。すなわち、90 年法の付則では、家族給付と老齢給付の合計保険料率が 3%，失業給付の保険料率が 5% と定められており、それらを現在の保険料率（1.5%）と合わせると 9.5% になるというのであるが、もしそうなれば、現在実施されている給付部分の保険料率を引き上げることは、一層困難となるだろう。

しかし、このような見方は少々早計すぎるのではなかろうか。なぜならば、90年法は付則にある保険料率を越えてはならないと定めている（第46条第1項）のであって、3%・5%という率がそのまま採用されるわけではないからである。そこで、家族給付と老齢給付の部分はともかく、失業給付の保険料率が本当に5%（政労使の合計で $5\% \times 3 = 15\%$ ）に設定されるのか、ということを考えてみると、失業保険でこれほど高い保険料率を設定している国は見当たらない。第2次世界大戦後の1947年11月より実施された日本の失業保険でも、予想失業率を約10%と高く想定しながら、保険料は賃金の $22/1,000$ を労使折半とするにとどまっている（ただし、給付費の $1/3$ は国庫負担）⁵⁹。したがって、タイにおいても、現実にはこの部分の保険料率は、5%をかなり下回るところで設定しうるのはないだろうか。このため、他の給付部分の保険料率をある程度引き上げたとしても、それは将来的に失業給付の実際の保険料率によって相殺しうると考えられるのである。

（2）負担の公平さからみた保険料の問題点

現在は従業員20人以上の企業が対象となっているが、前節でも述べたとおり、一度被保険者になるとそうした企業を退職した場合にも、本人の申請によって加入を継続することができる（第39条）。その場合の保険料は退職直前の賃金によって計算される（第39条第2項）が、こうした被保険者はそれまでの使用者負担分も合わせて従来の2倍の保険料を取めなければならず（第46条第2項）、過重な負担を強いられることになる。また、賃金労働者のみを対象としている段階で、国庫が労使と同率の保険料を拠出するというのも、対象とならない農民等の自営業者にとっては不公平なことである。なぜならば、彼らは社会保険に加入できないにもかかわらず、自らが収めた税金の一部が国庫負担を通じて賃金労働者のための保険料に充てられるからである。さらに、日額500バーツ以上の賃金が500バーツとして計算されることによって、高額所得者の保険料負担率が相対的に低くなる。これと同様のことは日本の制度でもみられるが、

社会保険の所得再分配効果にとってはマイナスとなる。

(3) 90年法の部分的適用除外による問題点

まず、こうした規定を設けたことによって保険料の計算が非常に複雑になってしまった。現在は4種類の給付であるから、それらのどの部分について適用除外を受けるかによって、16通りの保険料率を考えなければならない。しかも、こうした部分的適用除外の規定は、90年法施行以前から雇用されている労働者にのみ当てはまるため、同一企業内の労働者であっても、採用の時期によって保険料率が異なってしまうし、企業内福祉による給付を受ける者と社会保険による給付を受ける者とが混在してしまう。このため、保険料率は第Ⅲ－2表にみた通り現実には8通りですんでいるが、ただでさえ人材の足りない当局の事務が、より煩雑なものとなってしまう。また、独自の企業内福祉制度をもっているような企業は、そうでない企業と比較すれば、相対的に規模も大きく賃金水準も高いと考えられるので、部分的にではあれ、そうした企業を社会保険の適用除外とすることは、保険財政の悪化を招きかねないことにもなる。

5. 保険医療制度の問題点

(1) 受診率の低さ

1992年10月の保険医療受診者数は、外来・入院でそれぞれ21万2082人・8836人であった。同年1月の受診者数が同様に9万5426人・5696人であったから、保険医療を利用する者の数は、この間にかなり増加したことになる。しかし、これは単純に受診率が高まったことを繁栄しているのではない。なぜならば、病院に登録され、保険医療の受給資格を得た被保険者の数も、この間に215万人から267万人へと増加しているからである。そこで、受給資格者1人当たりの平均年間利用回数を算出（各月の受診者数÷受給資格者数×12ヶ月）してみると、1月・10月の順にそれぞれ0.53・0.95（外来部門）、0.032・0.040（入院部門）となり、これが受診率の上昇を真に繁栄した値となる。ただし、この

間の各月について1人当たり平均年間利用回数を同様に求めてみると、外来では6月から7月にかけて0.89から0.64に低下（8月・9月はそれぞれ0.69・0.82）しているし、入院の場合も5月に0.041となってからは上昇が止まり、若干の低下さえ示している⁵⁹。このため、疾病動向の季節的差異のような要因もあるのかもしれないが、現段階では受診率の一貫した上昇が続いているとはいえない。

ところで、病院（メイン・コントラクター）に対して支払われる人頭割診療報酬額は、受診率を上記の1人当たり平均年間利用回数で外来3.0、入院0.05と想定して算出されている⁶⁰。したがって、1992年10月の実績でも受診率は予想より低い水準にあり、特に外来部門の差異は非常に大きなものとなっている。この結果、同月における全国の保険医療コスト総額も9079万パーツにとどまり、診療報酬総額の1億5700万パーツ（人頭割の1ヶ月分）を大きく下回っている⁶¹。このため、個々の病院によってばらつきもあるだろうが、現段階では社会保険の診療報酬によって相当の利潤が上がっていることは否定できない。

いずれにせよ、こうした受診率の低さは、保険医療が未だ被保険者にとって利用しやすい仕組みになっていないことの現われでもあり、その根本的な原因は、①保険医療機関のネットワークが未だ十分に形成されていない、②被保険者が自分の登録する病院を個人で選択できない、以上の点にあるといっていよい。そこで、つぎはこれら二つの点につき順に論じていく。

（2）保険医療機関の拡充

今後保険医療を充実させていくためにも、あるいはその適用対象者を拡大していくためにも、保険医療機関を拡充していかなければならない。タイの場合、医療従事者や医療機関の絶対的不足、地理的偏在という問題を改善していくことは間違いなく必要であるが、それと同時に考えていかなければならないのは、私立病院や診療所をも含めた既存の医療機関を、最大限保険医療に取り込んでいくことである。これは現在の仕組みからいえば、メイン・コントラクターに

なっている病院とその他の医療機関との間で、保険医療受け入れのネットワークをいかに充実させていくかということになる。

メイン・コントラクターには、間違いなく保険医療を提供する義務があるのだが、その他の医療機関はそうした病院と契約を結んでサブ・コントラクターとならない限り、保険医療を扱うことはない。できるだけ多くの医療機関を参加させることが保険医療成功の鍵となるのだが、こうした契約を結ぶことが当事者であるメイン・コントラクターとその他の医療機関に任されているために、保険医療受け入れのネットワークは、まだ十分に形成されていないのが現実である。したがって、このことに関して行政が何らかの指針を示し、指導力を発揮していく必要があるだろう。

(3) 病院登録の問題

すべての医療機関が、保険医療受け入れのネットワークに入ったとしても、被保険者が事業所単位でメイン・コントラクターのうちの一つに登録される以上、そのようなネットワークが有効に機能するとは考えられない。なぜならば、事業所単位ということは、そこに比較的近い病院（メイン・コントラクター）となるであろうから、それを中心にできるネットワークには、被保険者の居住地から通院しやすい医療機関が含まれるとは限らないからである。通勤途中に通院すればいいような軽度の傷病ならば、かえてこのほうが便利かもしれないが、やはり居住地のそばで保険医療を受けられるほうが重要であろう。したがって、被保険者の立場からすれば、個人単位で病院を選択して登録できる方が望ましい。被保険者の苦情のなかでも、このことに関するものが最も多くなっている⁹⁴。なかには、わざわざ不便な思いをしてまで保険医療を受けるよりも、便の良い他の医療機関へ行くという被保険者もいるようだが、そうした者にとっては保険料はまさに取られ損である。

ではなぜ事業所単位の登録になったかという点、これはおもに職員不足に対応して事務処理を簡略化するためであった。したがって、これは職員不足に

よって生じた管理・運営上の問題でもある。ただ、社会保障事務局は、将来的には個人単位での登録ができるように改善していく意向らしい。その第1段階として、バンコクの北に隣接するノンタブリー県では、パイロット・プロジェクトとして1992年1月から被保険者に自由な病院選択権を認めている⁶⁰⁾。

しかしながら、事業所単位でさえ社会保障事務局は登録作業をもてあましているのが現状である。傷病給付による医療の受給要件が満たされるまでには、被保険者となってから少なくとも90日を要する（受診直前の15ヶ月以内に90日分以上の保険料を納入していることが受給要件である）ので、この間に登録が完了すれば何ら問題はないが、それもままならないというのが現実のようである⁶¹⁾。

(4) 国公立病院の不人気

一般的に被保険者は、国公立病院よりも私立病院に登録したがる傾向がある。社会保障事務局によれば、メイン・コントラクターとなっている145の病院のうち、20%にも満たない私立病院（その数は26）に40%前後の被保険者が登録されている。

このように多くの被保険者が私立病院に登録する理由の一つは、バンコクの中心部や新興工業地帯にある⁶²⁾ため、現在の被保険者にとっては国公立病院よりも通院しやすい場合が多いことである（現在の被保険者は、従業員20人以上の企業の労働者であるが、そのような企業はバンコクや新興工業地域に集中している）。また、もう一つの理由は、待時間の短さ⁶³⁾やサービスの良さ（必ずしも医学的に必要という意味ではない）である。私立病院は元来富裕層の医療需要や大企業との診療契約によって成り立ってきたので、国公立病院よりもこうした点で勝っている場合が多い。これはいままでは問題とならなかったが、社会化された医療、すなわち社会保険医療においては解消されるべき格差となろう。

(5) 病院の機能分担の問題

大学病院は、保険医療制度におけるスーブラ・コントラクターとして、他の病院から移送されてくる患者に対して、高度な医療を提供する役割を与えられていると同時に、メイン・コントラクターとして、一般の病院でも十分に対処しうる患者も診療しなければならない。これは、大学病院が本来果たすべき機能、すなわち医学教育や研究を行なうとともに最先端かつ高度な医療を提供するという機能を疎外する可能性がある。したがって、大学病院はメイン・コントラクターからはずし、スーブラ・コントラクターに専念させることが望ましい。病院がそれぞれの特徴に応じて機能を分担することが、医療全体の効率を高めることにつながるからである。医療機関の不足しているタイではそれが難しいのかもしれないが、そうだとすれば、このためにも医療機関の拡充をはかることが必要だろう。

V. むすびにかえて

幾多の問題点をはらみながらも、タイの社会保険は、90年法の成立・施行をもって発足した。すでに明らかなように、家族（家族給付実施後の子女2人までを除く）に対する医療給付および遺族年金がないことや、自営業者等が任意加入であることなどから、同法は労働者保護の性格が極めて強いものとなっている。これは、産業構造の変化に伴う労働者の増大が、同法の成立・施行を促す大きな要因となったことの現われでもある。今後、労働者のさらなる増大を主たる要因として、同法の被保険者（現在のところ正確な数は把握されていないが、労働力人口の1割程度とみられる）が着実に増加し、タイの経済・社会、あるいは政治に与える影響も、さらに大きくなっていくに違いない。

ところで、90年法は医療保険部門を中心に、都市部に集中した労働者に対して実施されている段階であるが、一部の農村では、村ごとの地域型医療保険ともいべきヘルス・カード・プログラム（Health Card Programme）が、それ

とは別に行なわれている。地域開発と結び付いているこの制度は、1983年に18の村で初めて導入されたが、内務省の管轄下にある90年法とは異なり、その計画と実施には保健省があたっている⁶⁴。

同省の最終的な目標は、このヘルス・カード・プログラムを全国の農村部に普及させることにある。だが、そのためには、まずもって医療機関の適正な配置が不可欠となることはいうまでもない。いくら立派な医療保険制度があっても、医療機関が周辺になければ、それは実効を伴わぬものになってしまうからである。タイでは医療機関は年々拡充されてきてはいるものの、人口当たりの医師数、病床数等は未だ絶対的に不足しており、農村部と都市部での格差も甚だ著しい。このため、ヘルス・カード・プログラムは近くに郡病院（第Ⅲ節第6項参照）のような医療機関がある村以外には普及しにくい（この制度は任意設立・任意加入であるが、それも無理からぬことである）。また、これは都市のスラムにおいても同様であるが、防貧としての医療保険がその用をなしえない貧困者も、農村には多いことであろう。このため、ヘルス・カード・プログラムに加入しているのは、現在でも農村人口のほんの一部であり、保健省の当初の計画通りには広まっていないようである。ちなみに、タイの農村人口は、1990年の推計では4300万人余り（総人口の77.4%）⁶⁵であったが、ヘルス・カード・プログラムに加入しているのは、そのうちのおよそ270万人であり⁶⁶、農村人口のわずか6.3%というのが現状である。とはいえ、労働者を対象とした職域保険ができる以前に、このような地域保険の一種が試みられたことは興味深い。

本稿を含めた筆者のこれまでの研究では、こうしたヘルス・カード・プログラムに言及することはなかったが、これはタイにおける社会保険を、まずは労働問題の側面から捕らえたためである。しかし、90年法による社会保険も、今後はそうした視点だけで論ずることはできなくなる。というのも、1994年9月までに農民等も任意加入を認められるようになるため、90年法による保険医療

は、ヘルス・カード・プログラムとの間に何らかの調整を求められるようになるからである。したがって、こうしたことは、ヘルス・カード・プログラムの分析とともに今後の研究課題として挙げられるだろう。ただし、現時点でも明白なことは、農村部における医療機関の配置が適正化され、かつ、そこでの所得水準がさらに向上していかない限り、90年法への任意加入も、ヘルス・カード・プログラムと同様に、それほど普及しえないということである。

最後に、90年法に規定された経過措置が今後どのように実施されていくのか、また、筆者が指摘したような諸問題に対して今後どのような取り組みがなされていくのか（あるいはそのまま放置されてしまうのか）、これらに注目していくことは当然であるが、同時に他の東南アジア（特にアセアン）諸国の社会保険についても、研究を進めていく必要があると考えている。そうすることによって、発展途上国における社会保険の在り方がより鮮明に浮かび上がってくると期待できるし、そのうえでタイの社会保険をあらためて評価してみたい。本稿をその第一歩とすることで、一応のむすびとしたい。

注(1) 本稿では、労働者または賃金労働者を被用者と同義に用いるが、特に断りのない場合、それらは民間の被用者を指すものとする。

(2) タイの場合、基本給の3-15%を労使がそれぞれ積み立て（使用者は労働者と同率以上を拠出）、退職や死亡時に利子を加えて労働者またはその家族に償還する。労使の合意による任意設立の基金である。（*Provident Fund Act B. E. 2530*を参照。なお、B E 2530、すなわち仏暦2530年は西暦1987年にあたるが、仏暦を西暦に直すには、543年をマイナスする。）

(3) 拙稿「タイにおける社会保険の形成過程——1932年～1990年——」社会政策学会編『現代の女性労働と社会政策』（社会政策学会年報第37集）御茶の水書房 1993年。

(4) 以上の実質GDP成長率は、NESDB (Office of the National Economic and Social Development Board, Office of the Prime Minister), *National Income of Thailand*, Bangkok, 各年版（1989年まで）、Department of Economic Research, Bank of Thailand, *Key Economic Indicators*, Bangkok, 各号（1990年から92年まで）による。また、1993年の経済見通しについては日本経済新聞（1992年12月26日）を参照。

(5) 以上のGDPおよび1人当たりGNPは、NESDB, *National Income of Thailand*, 各年版より引用。ただし、1960年分については、消費者物価指数によって筆者が1972年価格に修正している。また、米ドルへの換算では、1990年の平均レートをを用い、1ドルを25.585バーツとした。

(6) 以上、各産業の生産額およびGDP比は、NESDB, *National Income of Thailand*, 各年版による。ただし、1960年分については注(5)に同じ。

- (7) 以上、産業別就業人口割合・農業部門の就業者数・労働力人口・総人口は、National Statistical Office, Office of the Prime Minister, *Population Census (Whole Kingdom)*, Bangkok, 1960Ed., p. 27 and pp. 44-51 (1960年分), Department of Labour, Ministry of Interior, *Year Book of Labour Statistics*, Bangkok, 1990Ed., p. 5, and p. 9 (1990年分) による (1990年分は推計値であるために、千人未満が示されていない)。
- (8) ただし、この点の詳細な分析は本稿の主旨からは外れるので、これ以上はふれない。
- (9) 1991年4月に公営企業労組の解散が実施されたことにより公・民の合計数は減少したが、民間に限れば同年以後も労組の増加傾向に変化はない (労働大臣官房国際労働課編『1992年海外労働情勢』1993年 185-186頁を参照)。なお、1972年の労組合法化の経緯については、拙稿 前掲論文153-154頁を参照。
- (10) Department of Labour, *Year Book of Labour Statistics*, 各年版を参照。
- (11) Department of Labour, *Year Book of Labour Statistics*, 1970-71Ed., p. 123 を参照。ただし、これは調査対象地域をバンコクに限定しており、労働争議における要求項目の分類も第Ⅱ-3表とは同一でない。他方、日本労働協会編『タイ日系企業との教育訓練と労使関係』同協会 1982年 101-104頁には、1980年前後の主な労働争議、特にストライキの内容が紹介されている。
- (12) 拙稿 前掲論文156-157頁を参照。
- (13) 水谷四郎編『タイ国経済概況』1990～91年版 バンコク日本人商工会議所 1991年 91-92頁を参照。
- (14) 以上、タイの国家財政収支については、Thanaakhaan haeng Pratheet Thai [Bank of Thailand], *Raayngaan Seethakit Raayduuan [Monthly Bulletin]*, Bangkok, 各号、および、Bureau of the Budget, *Thailand's Budget in Brief*, Bangkok, 各年度版を参照。
- (15) Bureau of the Budget, *Thailand's Budget in Brief*, Fiscal Year 1992Ed., p. 31.
- (16) Cf. Suganya Hutaserani, "The Trends of Income Inequality and Poverty and a Profile of the Urban Poor in Thailand", *TDRI Quarterly Review*, Vol. 5, No. 4, Dec., 1990, pp. 14-15
- (17) Ibid., pp. 15-16
- (18) NESDB, *National Income of Thailand*, New Series 1970-1987Ed, pp. 114-115, and 1990Ed., p. 62
- (19) 1954年に社会保障法が成立し、政府が社会保険を導入しようとしたとき、保険料という名の増税であるとする国民の猛反対にあい、結局その実施が差し止められるという経緯があった (拙稿 前掲論文150-152頁を参照)。
- (20) Cf. National Statistical Office, Office of the Prime Minister, *Survey of Migration into the Bangkok Metropolis*, Bangkok, 1988Ed., pp. 21-27, Appendix Tabel 1.
- (21) 総務庁長官官房老人対策室編『老人の生活と意識 第3回国際比較調査結果報告書』中央法規 1992年 208頁を参照。
- (22) Cf. Pawadee Tonguthai, "Social Security for Thai People", *ASEAN Economic Bulletin*, Vol. 3, No. 1, Jul., 1986, p. 146.
- (23) 厚生省大臣官房統計情報部編『厚生統計要覧』平成3年度版 厚生統計協会 1992年 19頁を参照 (原資料: 総務庁統計局『平成2年国勢調査報告』)。
- (24) 以下、括弧内の第何条という記述は、90年法の当該箇所が根拠であることを示す。
- (25) 90年法第4条からは、強制加入・任意加入が共に適用されないと解釈するのが妥当かとも思われるが、所管の社会保障事務局 (本文中で後述) によれば、適用とされないのは強制加入のみということであった。
- (26) *Royal Decree: Definition of Employees under Article 4(6) of the Social Security Act B. E. 2533, B. E.*

2534.

- (27) 拙稿 前掲論文159-160頁を参照。
- (28) Faay Sathiti, Koong Wichaakaan le Phaenngaan, Samnakngaan Prakan Sangkhom [社会保障事務局 技術計画部 統計課], *Raayngaan Prajamduuan* [月報], Bangkok, 各号。
- (29) 内務省によって提出された労働局分割法案が1992年3月に成立し、労働局は労働福祉保護局 (Labour Welfare and Protection Department) と熟練労働開発局 (Skilled Labour Development Department) とに分割されている。
- (30) 「労働者保護に関する内務省令」(1972年4月16日付)第12条第1項によれば、「労働者は、1年に30日以内の病気休暇をとる権利を有する」が、同省令第33条は、「使用者は常用労働者に対し、第12条に定める病気休暇の日について通常労働日の賃金と同額の賃金を支払わなければならない」と規定している(中村完編 『タイ国労働法及び関係内務省令』改定版 パンコク日本人商工会議所 1982年 9頁および14頁を参照)。なお、上記内務省令は、タイにおける労働者保護法の中心となっている。
- (31) 前者は最低賃金決定のメカニズムを、後者は決定された最低賃金の実施を規定したもの(後者は最低賃金額と共に改定)であるが、中村完編 同上書 53-58頁に両者の日本語訳がある。
- (32) (社)日・タイ経済協力協会編『タイ工業ファイル』No. 60 同協会 1993年3月 16頁を参照。
- (33) 企業の業績に応じて支給されるボーナスは含まない。
- (34) 1989年8月の調査では、非農業部門の就業者で、所得の日額が500バーツを越える者の割合は、自治地域 (theesabaan) で男性2.6%・女性0.9%、非自治地域で男性0.3%・女性0.1%であった (National Statistical Office, Office of the Prime Minister, *Report of the Labour Force Survey, Whole Kingdom (Round 3) August 1989*, Bangkok, pp. 52-55.)。
- (35) Sanguan N., Wiroj T., Suradet V. et al., *Kaan Jad Borikaan Thaangkaanpheet phaayitai Phraraat Banyat Prakan Sangkhom Phutthasakkarat 2533: Wikhro Sathaakaan Patcuban* [英文タイトル *Medical Service Provision under the 1990 Social Security Act: A Situational Analysis*], Bangkok, Koong Phaenngaan Sathaaranasuk Krasuang Sathaaranasuk [保健省保健計画局], 1991, p. 12
- (36) Faay Sathiti, Koong Wichaakaan le Phaenngaan, Samnakngaan Prakan Sangkhom, *Raayngaan Prajamduuan*, 各号を参照。
- (37) 以上、国立医療機関の現状については、Health Education Division and Health Planning Division, Ministry of Public Health, *Health in Thailand*, Bangkok, 1991Ed., pp. 34-36 を参考とした。
- (38) この点についての詳細は、ソムアツツ・ウォンコムトオン・小林基弘「タイ国におけるプライマリー・ヘルス・ケア(2) ——プライマリー・ヘルス・ケアは開発途上国の「医療革新」となるか——(PHCの実践活動)」『公衆衛生』第50巻第1号 医学書院 1986年1月 66-71頁を参照。
- (39) 月収1500バーツ以下の単身者、または家族の月収の合計が2000バーツ以下のもの(1992年現在)は、国立病院で無料の医療を受けることができる。
- (40) 『バンコク週報』第480号(1992年2月6日号)を参照。
- (41) 私立病院に比べて給与の低い国立病院では、おおかたの医師が勤務時間外にこうした診療所または私立病院で診療にあたり、所得を補っている (Aviva Ron, *Proposal for the Provision of Health Care Benefits under the Social Security Act* (ILO/UNDP Project THA 89/013, Appendix 1), Bangkok, ILO Regional Office for Asia and the Pacific, 1990, p. 35)。
- (42) 私立病院への流出だけではなく、アメリカなど待遇の良い海外への流出もある(『バンコク週報』第524号(1992年12月11日号)を参照)。

- 43) 例外として助産婦だけは日本より多く、地理的分布でもバンコク以外に多い（ともに人口比）。これは、養成年数が2年と短いために助産婦になるのが比較的容易である（医師などと比べて養成のための経済的負担も少ない）ことと、数多く養成される助産婦が地方の保健所に重点的に配置されていることの結果と考えられる。そうした助産婦は助産のみならず、住民の健康管理にかかわる幅広い役割（軽度の傷病のケアも含む）を与えられて、地方における医師や医療機関の不足を補っているのである。
- 44) ベッド数100以上で、基礎的な12の傷病を扱える病院（cf Bangkok Post, Dec 1, 1991）。
- 45) Cf. *ibid.*
- 46) Cf. *ibid.*
- 47) Cf. *ibid.*
- 48) Cf. Bangkok Post, Nov. 18, 1990 and Mar 12, 1991.
- 49) Cf Bangkok Post, Jul 16 and 17, 1991
- 50) 拙稿 前掲論文155-156頁を参照されたい。
- 51) タマサート大学のニコム教授との面会（1992年1月）より。なお、同教授は、1991年9月19日の新聞（The Nation）紙上でも同様のことを述べている（同教授は、90年法成立当時に上院議員を務めており、社会保険導入の主唱者として知られていた）。
- 52) Cf. Bangkok Post, Dec. 1, 1991
- 53) NESDB, *The Seventh National Economic and Social Development Plan (1992-1996)*, Bangkok, 1991, pp 147-149.
- 54) Cf The nation, Jul. 12, 1990.
- 55) 横山和彦・田多英範編著『日本社会保障の歴史』学文社 1991年 110頁を参照。
- 56) 各月の保険医療受診者数および受給資格者数は、Faay Sathiti, Koong Wichaakaan le Phaeng-ngaan, Samnakngaan Prakan Sangkhom, *Raayngaan Prajamduuan*, 各号を参照。
- 57) Sanguan N., Wiroj T., Suradet V. et al., *op cit.*, p. 60.
- 58) 社会保障事務局の集計による。
- 59) タイ労働組合会議（Thai Trade Union Congress: 略称 TTUC）は、労働者からのこうした苦情を集めて検討し、社会保障委員会（前節の管理・運営機構の項を参照）の労働者代表を通じて改善策を提案している（Cf. Bangkok Post, Dec. 1, 1991）。
- 60) Cf *ibid.*
- 61) Cf Sanguan N., Wiroj T., Suradet V. et al., *op. cit.*, p 55.
- 62) Aviva Ron, *op cit.*, p 23.
- 63) Cf. Sanguan N, Wiroj T, Suradet V. et al., *op. cit.*, p. 33.
- 64) Songphan Singkaew, "Policy Options for Health Insurance in Thailand," diss., London School of Economics and Political Science, University of London, 1991, p 125
- 65) United Nations, *World Population Prospects*, New York, 1990Ed., pp 570-571.
- 66) 保健省保健計画課資料による。

[付記]

本稿は、(財)生命保険文化センターの助成を受けて実施した調査研究をベースとしている。また、タイでの資料・情報収集にあたっては、関係諸機関の多くの方々にお世話になった。ここに合わせて感謝の意を表したい。